FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE — N° _

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Bernard QUEINNEC**

Né à Guiclan (Finistère), le 24 novembre 1897
Ancien Externe des Hôpitaux

# De la Nécessité de surveiller les Femmes

## AU COURS DE LA GESTATION

*Président* : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNÉO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | N... |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBÉ. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECÈNE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | PRENANT. |
| Pharmacologie et matière médicale | N... |
| Thérapeutique | CARNOT. |
| Hygiène | Léon BERNARD. |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | N... |
| Clinique médicale | GILBERT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBÉCOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET.<br>HARTMANN.<br>LEJARS.<br>GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBREDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Sans chaire | ROUVIÈRE. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| ABRAMI . . . | Pathologie médicale. |
| ALGLAVE . . | Pathologie chirurgicale. |
| AUBERTIN. . | Pathologie médicale. |
| BASSET . . . | Pathologie chirurgicale. |
| BAUDOUIN. . | Pathologie médicale. |
| BINET . . . . | Physiologie. |
| LANGHETIÈRE | Chimie biologique. |
| BRANCA. . . | Histologie. |
| BRULÉ. . . . | Pathologie médicale. |
| BUSQUET. . . | Pharmacologie et matière médicale. |
| CADENAT . . | Pathologie chirurgicale. |
| CHAMPY. . . | Histologie. |
| CHIRAY . . . | Pathologie médicale. |
| CLERC. . . . | Pathologie médicale. |
| DEBRÉ . . . . | Hygiène. |
| L. de JONG . . | Anatomie pathologique. |
| DUVOIR . . . | Médecine légale. |
| ÉCALLE . . . | Obstétrique. |
| FEISSINGER . | Pathologie médicale. |
| FOIX. . . . . | Pathologie médicale. |
| GARNIER . . | Pathologie expérimentale |
| HARVIER. . . | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |

| MM. | |
|---|---|
| HOVELACQUE . | Anatomie. |
| JOYEUX . . . | Parasitologie. |
| LABBÉ (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LE LORIER. . | Obstétrique. |
| LEMAITRE. . | Oto-rhino-laryngologie. |
| LEMIERRE . . | Pathologie médicale. |
| LÉVY-SOLAL. | Obstétrique. |
| LHERMITTE . | Pathologie mentale. |
| LIAN. . . . . | Pathologie médicale. |
| MATHIEU. . . | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER . . | Obstétrique. |
| MOCQUOT . . | Pathologie chirurgicale. |
| MONDOR . . . | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE. . . . | Pathologie chirurgicale. |
| MULON. . . . | Histologie. |
| PHILIBERT. . | Bactériologie. |
| RIBIERRE. . . | Pathologie médicale. |
| RICHET Fils. . | Physiologie. |
| TANON. . . . | Pathologie médicale. |
| VAUDESCAL. | Obstétrique |
| VERNE. . . . | Histologie. |
| VILLARET . . | Pathologie médicale. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM. | |
|---|---|
| GOUGEROT . | Pathologie médicale. |
| GUÉNIOT. . . | Obstétrique. |

| MM. | |
|---|---|
| RETTERER. . | Histologie. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### A TITRE PERMANENT

| MM. | |
|---|---|
| AUVRAY. . . | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU. . | Clinique chirurgicale. |
| LAIGNEL-LAVASTINE . | Clinique médicale. |
| LEREBOULLET. | Clinique médicale infantile. |

| MM. | |
|---|---|
| LÉRI . . . . . | Clinique médicale. |
| LŒPER . . . | Clinique médicale. |
| PROUST . . . | Clinique chirurgicale. |
| RATHERY . . | Clinique médicale. |
| SCHWARTZ . | Clinique chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . . . | Chargé du cours de chirurgie orthopédiq chez l'adulte pour les accidentés du trava les mutilés de guerre et les infirmes adulte |
| FREY. . . . . | Stomatologie. |
| CHAILLAY BERT . . . . . | Éducation physique. |
| LEDOUX-LEBARD . . . . . | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

**Professeur de Clinique obstétricale**

**A la Faculté de Médecine de Paris**

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

**Accoucheur de l'hôpital Lariboisière**

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stage.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY (1920)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY (1920)

*Externat.*

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ (1921)

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER (1921-1922)

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT (1922 1923)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE (1923-1924)

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUSTE (1924)

MEIS ET AMICIS

# De la Nécessité de surveiller les Femmes

## AU COURS DE LA GESTATION

### INTRODUCTION

Au moment où la crise de natalité sévit avec une gravité telle que l'avenir de la nation se trouve compromis, il nous a paru utile de rappeler la nécessité de la surveillance des femmes pendant leur gestation.

« Limiter la protection de l'enfant à la période de sa vie qui suit sa naissance est, en effet, faire œuvre incomplète et trop souvent vaine » (1),il faut encore le faire naître dans les meilleures conditions possibles. Il est indéniable que, si toute femme enceinte s'astreignait à consulter régulièrement pendant sa grossesse elle épargnerait à elle-même et à son enfant de nombreux ennuis sinon des catastrophes. Que d'avortements, que d'accouchements prématurés, que d'éclampsies, que de ruptures utérines,que d'hémorragies, de travail ou de la délivrance ainsi supprimés, ou du moins jugulés.

Que de morts d'enfants évitées ! Rappelons à ce propos les chiffres impressionnants donnés par le

1. P. Couvelaire.

professeur Couvelaire. Plus 35.000 enfants meurent, chaque année, en France, soit pendant les derniers mois de leur vie intra-utérine, soit pendant la parturition, soit dans les heures qui suivent la naissance. Sur les 70.000 à 80.000 enfants qui meurent annuellement avant d'avoir atteint l'âge d'un an, plus du tiers sont nés prématurément ou sont atteints de maladies congénitales. Ainsi sur 100.000 à 110.000 enfants qui meurent du sixième mois de la vie intra-utérine à la fin de la première année, plus de 50.000 sont victimes d'états pathologiques antérieurs à leur naissance ou des conditions anormales de leur naissance.

La protection de l'enfant doit donc précéder l'heure de sa naissance.

Pour la réaliser complètement, il ne suffit pas de promulguer des lois répressives contre l'avortement criminel et contre l'infanticide.

Il faut, comme le demande le professeur Couvelaire, que pendant la durée de la symbiose physiologique qui commence avec la fécondation et finit avec le sevrage, la mère et l'enfant soient solidairement protégés. « Je ne saurais assez proclamer, écrit le professeur Pinard, que l'hygiène de l'enfant après sa naissance à la lumière restera impuissante dans une très large mesure, aussi longtemps que l'hygiène de l'enfant pendant sa première vie, pendant sa vie cachée sera peu connue, peu assurée, peu appliquée. »

## Generalites

Le chapitre de l'hygiène infantile ne date que de quarante ans environ.

Jusque-là l'hygiène de la grossesse était restée telle qu'elle avait été formulée par Soranus d'Ephèse au 1er siècle de notre ère dans son chapitre : Du « traitement qui convient à la femme enceinte. »

Depuis cette époque tous les traités et manuels d'accouchement français et étrangers recommandent pour la femme enceinte l'air pur et frais, la placidité et l'égalité d'humeur, l'exercice régulier au grand air, la qualité des aliments, l'ampleur des vêtements, toutes prescriptions exclusivement relatives à l'état de santé de la mère. Mauriceau conseille à la femme grosse de manger « du pain de pur froment, bien cuit et blanc, comme est à Paris celui de Gonesse ou autre semblable, et non de ces gros pains bis et chalans qui sont fort étouffants ». Il ajoute : « la femme grosse mangera aussi de bonnes viandes bien nourrissantes, comme sont celles des plus tendres endroits du bœuf et celles de veau, de mouton, d'agneau et de volaille telles que sont bonnes poules grasses, chapons, pigeons et perdrix ».

Les accoucheurs du xixe siècle, proscrivent, il est vrai, pendant la gestation, l'usage de la natation, de la danse et de l'équitation, mais ils permettent, l'usage des dîners, des concerts et des spectacles.

Il est extrêmement important, dit Schrœder, de

s'occuper de l'hygiène de l'esprit des femmes enceintes. On doit chercher à leur procurer une humeur sereine, enjouée et à écarter d'elles toutes les émotions qui peuvent les exciter ».

On le voit l'hygiène de sa gestation s'est montrée absolument rudimentaire pendant une longue suite de siècles et de plus elle ne visaient que les femmes appartenant aux classes dites élevées : noblesse ou bourgeoisie.

C'est seulement dans le dernier quart du XIX^e^ siècle que l'on voit apparaître l'hygiène vraie de la gestation.

C'est en 1875 que Tarnier fit connaître par un court article paru dans le *Progrès médical*, le puissant moyen qui nous permet de lutter si efficacement, si puissamment contre la redoutable auto-intoxication gravidique aboutissant aux convulsions, auto-intoxication aussi souvent funeste aux mères qu'aux enfants.

En 1877, à la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle, le professeur Pinard lisait une communication dans laquelle il avait pour but de montrer que, grâce à la connaissance d'un procédé d'exploration simple et facile, on pourrait dans les trois derniers mois de la gestation reconnaître, de par l'attitude du fœtus, si la naissance serait facile, difficile ou dangereuse.

Et après avoir démontré que le plus souvent il est possible de transformer les mauvaises présentations, il terminait par cette conclusion, « si je ne me trompe, on pourra ainsi dans la plupart des cas

supprimer les présentations de l'épaule dont les conséquences sont souvent si désastreuses et pour la mère et pour l'enfant ».

En 1895, le professeur Pinard faisait de nouveau à l'Académie de Médecine une communication ayant pour titre : Note pour servir à l'Histoire de la Puériculture intra-utérine. Dans cette note il démontrait que sous l'influence du repos : la durée de la gestation était plus longue que chez les femmes qui travaillaient, que le poids des enfants était plus considérable et le développement de l'enfant plus complet. Il mettait en relief l'une des causes les plus fréquentes de la prématuration : le surmenage.

Ultérieurement, le 22 juin 1898, il présenta à la Société de Médecine publique et d'Hygiène une nouvelle note sur la puériculture pendant la grossesse. Cette note plus documentée et plus explicative que la précédente, résumait les recherches de son élève le Dr Bachimont ; elle se terminait ainsi : « au point de vue de l'humanité, au point de vue de l'augmentation, de la population, au point de vue de l'évolution de la race française, il est nécessaire, il est urgent que les pouvoirs publics interviennent pour protéger la femme enceinte pendant sa grossesse et le fœtus pendant les trois derniers mois de sa vie intra-utérine ».

## Les consultations prénatales, leur rôle leur efficacité

Comment réaliser la surveillance si importante des femmes en cours de gestation ? Par l'examen de la femme chez elle, au domicile du médecin ou encore pour les femmes peu fortunées dans les consultations prénatales. Les deux premiers moyens constituent sans doute le mode idéal, mais il faut avouer qu'ils s'adressent aux privilégiées ; d'ailleurs les futures mères des classes moyennes et riches, consultent sages-femmes ou médecins et cela beaucoup plus qu'auparavant parce qu'elles sont en général plus instruites et ont moins de fausse pudeur que leurs aïeules. Les consultations de grossesse, comme le dit le Dr Devraigne dans son rapport au Congrès international de Protection maternelle et infantile tenu à Paris en juillet 1922 visent donc uniquement « les femmes indigentes et ignorantes » ; qu'elles aient lieu à l'hôpital, dans les dispensaires publics ou privés, elles constituent le moyen pratique et social par excellence parce que s'adressant à une clientèle malheureusement très nombreuse ; elles ne peuvent d'ailleurs pas, être les mêmes, comme l'écrit le professeur Couvelaire, « dans les campagnes où il y a surtout une vie individuelle et dans les villes où il y a une vie collective ».

Nous ne nous occuperons que des consultations de grossesse dans les villes.

Ces consultations existent à Paris depuis 1882, date de la création des accoucheurs des hôpitaux et surtout depuis 1895, date de la communication de M. Pinard à l'Académie sur la Puériculture intra-utérine ; elles se donnent dans de nombreux dispen saires privés ou dans les annexes des maternités. L'assistance publique a toujours donné toute latitude à ses chefs de service de maternité d'y faire aussi largement qu'ils le voulaient à certains jours, à certaines heures ou de façon permanente les consultations des femmes enceintes. Leur activité est grande puisque en l'année 1921, 121.131 femmes enceintes y ont été examinées. Or, malgré ce chiffre, au Congrès international de Protection maternelle et infantile de juillet 1922, le Dr Devraigne disait ce qui suit : « Je croyais qu'à Paris l'éducation était faite et que les femmes venaient dans les consultations de grossesse. Après une enquête faite dans certaines maternités, j'ai le regret de dire qu'encore à l'heure actuelle, même à Paris, 25 0/0 des femmes qui viennent accoucher dans nos maternités n'ont pas été consulter. Juger de ce qu'il en est à la campagne. »

## Que doit être la consultation de grossesse ?

Elle doit être, comme l'a écrit le Dr Devraigne dans son rapport, « un organisme complet » pour réaliser le maximum de résultats au point de vue de la surveillance des femmes enceintes qu'il faut mettre dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Elle doit être dirigée par un spécialiste

compétent assisté d'aides instruits choisis par le spécialiste. On doit y faire :

a) *Un examen obstétrical*, comportant le diagnostic de gestation, l'âge probable de la gestation, le diagnostic de la présentation et plus tard de la position de ou des fœtus, d'un œuf sain ou pathologique, d'un bassin normal ou vicié;

b) *Un examen médical* complet portant sur l'état et le fonctionnement de tous les viscères avec réserves pronostiques et les considérations thérapeutiques que cet examen comporte; ainsi on aura plus de chances d'éviter les intoxications diverses de la gestation et les troubles résultant d'une mauvaise diététique (vomissements incoercibles, éclampsie, colibacillose, ictère, troubles gravido-cardiaques entre autres) et de dépister une tuberculose en voie d'évolution, une syphilis ignorée ou non avouée. Mais pour cela il faut avoir à sa disposition les moyens de laboratoire permettant l'analyse complète des urines, l'examen complet du sang, les rayons X.

La réunion de tous ces facteurs permet seule de faire d'une façon efficace la puériculture intra-utérine ou anti-natale. Elle existe dans les consultations de maternités des hôpitaux. Cependant, malgré toutes les facilités qui sont accordées aux femmes enceintes pour s'y présenter, malgré la certitude qu'elles ont d'y recevoir des conseils éclairés et des soins dévoués nous avons observé qu'à l'hôpital Lariboisière, dans le service du Dr Devraigne, sur

2.000 femmes admises à la salle de travail 430 n'avaient point été suivies pendant leur gestation soit plus de 21 0/0. Sur ces 430 femmes, 214 accouchèrent normalement soit 50 0/0; le reste se répartit ainsi :

| | |
|---|---|
| Accouchements à terme avec gros placenta ou excès de liquide | 31 |
| Avortements | 53 |
| Prématurés | 87 |
| Forceps | 15 |
| Sièges | 12 |
| Césariennes | 3 |
| Gémellaires (bivitellines) | 5 |
| Eclamptiques ou albuminuriques | 3 |
| Divers (hémorragies de la délivrance, basiotripsie, rupture utérine, etc.) | 7 |

Dans ce relevé quelques chiffres frappent, c'est d'abord le nombre d'avortements, de prématurés et d'enfants à terme avec gros placenta puis celui des éclamptiques et des accouchements dystociques, bref des causes de mortalité tant infantile que maternelle contre lesquelles nous ne sommes point désarmés.

Nous ne nous attarderons point aux avortements, dus parfois à la syphilis, plus souvent à des manœuvres criminelles.

Plus intéressante est la question des prématurés. Quel va être l'avenir de ces enfants nés cinq, six, sept semaines avant terme. A Sparte, leur sort était rapidement réglé : on les jetait aux Apothètes, gouffre voisin du mont Taygète. Les temps ont

changé et le prématuré a droit à la vie, encore faut-il qu'on l'y aide ; car en 1900, au Congrès de Paris M. le professeur Pinard montrait que 1.700 prématurés succombaient sur 2.000 qui venaient au monde.

En 1900, Budin déplorait dans une leçon clinique que trop souvent le service des débiles qu'il dirigeait à la Maternité se transformait en dépôt mortuaire et en 1920 le professeur Couvelaire donnait des chiffres impressionnants sur la morti-natalité ; il disait que sur 103 enfants qui meurent avant le dixième jour, il y a 84 débiles et il répartissait cette mortalité de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| 1er jour..... | 49 morts dont 43 débiles |
| 2e et 3e jour..... | 22 morts dont 15 débiles |
| Du 4e au 10e jour..... | 32 morts dont 26 débiles |

Tout cela prouve bien l'extraordinaire fragilité du prématuré et illustre singulièrement la phrase célèbre du professeur Bergeron qui fut secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine et qui disait : « Un enfant qui vient au monde a moins de chance de vivre une année qu'un vieillard de 80 ans et moins de chance de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans ». Ce qui est vrai pour le nouveau-né normal l'est encore plus pour le prématuré.

## Comment éviter l'expulsion prématurée? Quelles en sont les causes ?

Dès 1895, le professeur Pinard montrait à l'Académie que l'expulsion prématurée était le plus souvent déterminée par le surmenage physique de la mère pendant la gestation et indiquait le remède prophylactique efficace : le repos. Comparant le poids des enfants des femmes entrant à la clinique Baudelocque sans repos avant l'accouchement et des femmes qui s'étaient reposées, soit au dortoir de la clinique, soit dans les refuges, il trouvait au profit de ces dernières une différence de 300 gr.

Dans la thèse de M. Sarraut-Laurié on trouve que chez 1.550 femmes s'étant reposées à l'asile Michelet, la durée de la gestation a été supérieure de vingt jours à celle observée chez 1.550 femmes accouchées à la maternité de Lariboisière et qui n'avaient pas eu de repos pendant la gestation.

Au Congrès international d'hygiène et de dermographie tenu à Paris en 1900, le professeur Pinard, chargé d'un rapport sur l'hygiène de la femme enceinte et la puériculture intra-utérine concluait ainsi : « m'appuyant sur des faits et au nom de l'intérêt, de la solidarité, de l'humanité, je propose au Congrès d'adopter le vœu suivant : Toute femme salariée a droit au repos pendant les trois derniers mois de sa grossesse. »

Ce vœu fut adopté.

A côté de ces prématurés accidentels, fragiles sans doute, de bonne qualité cependant puisque de parents sains, existent les prématurés tarés : ce sont des hérédo-syphilitiques, des hérédo-tuberculeux, des enfants d'albuminuriques, d'alcooliques, de diabétiques, tous pouvant présenter des dégénérescences variées : des hernies, de l'incontinence d'urine, de l'hydrocéphalie, des pieds bots, de l'anencéphalie.

La tuberculose, la syphilis, voilà donc encore deux facteurs importants de naissances prématurées et c'est contre eux qu'il faudra lutter plus particulièrement si l'on veut faire œuvre utile.

A la Clinique Baudelocque est annexé un service spécial réservé aux tuberculeuses ; ce service fonctionne en liaison étroite, d'une part avec les dispensaires et services d'hospitalisation pour tuberculeux, d'autre part avec l'œuvre du placement familial des tout petits fondée par le professeur Léon Bernard et Mme Seligman en application des principes généraux de Grancher ; ainsi dès que l'enfant est né on l'isole tout de suite de la mère, on surveille sa croissance, en le mettant dans les meilleures conditions, en attendant de l'envoyer à la campagne loin du milieu familial contaminé.

Quant à la lutte contre la syphilis, elle est de la plus haute importance ; au cours de la gestation en effet, la mort de l'enfant est la conséquence, dans près de la moitié des cas de la syphilis (41 0/0 de syphilis avérée, 17 0/0 de syphilis probables) ; c'est à elle que nous devons la naissance de ces enfants

morts et macérés ou encore de ces enfants qui expirent après avoir fait quelques inspirations parce qu'ils ont de « l'inaptitude à la vie », selon l'expression de Fournier. Soigner l'hérédo-syphilitique après sa naissance n'est qu'un pis aller : c'est au moins dès le début de sa vie intra-utérine qu'il faut le soigner quand on n'a pu le protéger contre l'infection syphilitique en traitant avant la procréation la syphilis de ses parents. Les résultats sont d'ailleurs des plus encourageants. Voici en effet des statistiques extrêmement concluantes du professeur Couvelaire :

A) *Mortalité fœtale par syphilis pendant les trois derniers mois de la gestation*

*a*) Syphilis contractée pendant la gestation :

| | |
|---|---|
| 1° non traitée | 70 o/o |
| 2° traitée | 30 o/o |

*b*) Syphilis récente contractée avant la gestation :

| | |
|---|---|
| 1° non traitée | 65 o/o |
| 2° traitée | 6 o/o |

*c*) Syphilis ancienne ;

| | |
|---|---|
| 1° non traitée | 20 o/o |
| 2° traitée | 5 o/o |

B) *Mortalité des hérédo-syphilitiques au cours de la première année*

| | |
|---|---|
| Mères et enfants non traités | 62 o/o |
| Mères traitées, enfants non traités | 26 o/o |
| Mères et enfants traités | 5 o/o |

Voici encore les résultats pendant l'année 1921 du fonctionnement du dispensaire de prophylaxie

de la Clinique Baudelocque, dirigé par le Dr Marcel Pinard :

21 femmes traitées avant et pendant la gestation : 21 enfants vivants.

29 femmes traitées pendant la gestation mais dont certaines n'ont reçu que deux séries de novar :

27 enfants vivants.
2 morts.

16 femmes qui ont reçu une seule série complète de novarsenobenzol pendant la gestation :

9 enfants vivants.
7 morts.

Dans un même temps 53 femmes entrées à la clinique et reconnues atteintes de syphilis latente et non traitées donnaient naissance à 20 enfants vivants et 33 morts.

S'il est vrai qu'il vaut mieux souvent prévenir que guérir, s'il est non moins vrai qu'à l'heure actuelle, depuis qu'au mercure se sont substituées les préparations arsenicales et bismuthiques, nous possédons de puissantes médications contre la syphilis, il faut que la femme enceinte syphilitique soit rapidement reconnue et traitée efficacement. A l'accoucheur le premier rôle, au syphiligraphe le deuxième et entre les deux une collaboration étroite.

C'est ce qu'a réalisé le professeur Couvelaire en fondant en 1919 avec l'aide du Dr Marcel Pinard le dispensaire pour le diagnostic et le traitement des maladies héréditaires, annexe de la Maternité

Baudelocque. Ils ont voulu utiliser le lien moral qui s'établit si heureusement entre les mères et les services d'accouchement en annexant à la Maternité un dispensaire antisyphilitique où est assuré dans son intégralité le traitement de la syphilis familiale ; et en ce faisant ils ont tenu compte d'un fait qui pour être d'ordre sentimental n'en est pas moins important : c'est la répugnance qu'éprouvent beaucoup de jeunes mères à aller se faire soigner dans les services et consultations de vénérologie.

A l'heure actuelle 28 dispensaires de ce type fonctionnent et sont subventionnés par le ministre de l'Hygiène.

Grâce à ces dispensaires l'hérédo-syphilis doit arriver à disparaître progressivement ; la syphilis ovulaire aura vécu et avec elle ses méfaits innombrables.

A côté de ces infections chroniques, la syphilis, la tuberculose, prennent place les états pathologiques déterminés par l'état de gestation.

Dans nos observations nous avons ainsi cinq femmes non suivies dont deux présentant une grossesse gémellaire qui ont eu des crises d'éclampsie ou dont les urines étaient très albumineuses. Quatre enfants sont morts ; quant aux trois autres ils n'ont résisté que grâce à une médication des plus énergiques et à des efforts multiples qui faillirent devenir infructueux tant pour eux que pour la mère. Encore devons-nous faire des réserves sur la vitalité de ces enfants d'éclamptiques, car c'est un fait reconnu

qu'ils restent particulièrement fragiles pendant quelques semaines.

Or tous ces risques pour la mère et l'enfant peuvent être supprimés par l'institution en temps utile d'un traitement proposé dès 1875 par Tarnier, traitement qui consiste essentiellement dans une hygiène spéciale, repos, chaleur, régime lacté absolu pendant huit jours.

Et un moyen très simple permet de déceler chez la femme enceinte ces graves menaces : c'est l'examen des urines. Cet examen doit être pratiqué tous les mois pendant la première partie de la grossesse puis tous les quinze jours et dans le dernier trimestre tous les huit jours.

Nous insistons particulièrement sur ce dernier point car nous avons observé, à Lariboisière, dans le service du Dr Devraigne, une femme qui avait été suivie pendant toute la durée de sa gestation ; elle présenta une crise d'éclampsie au terme ; elle avait omis de faire examiner ses urines dans les quinze derniers jours et elle présentait une grossesse gemellaire ; la gémellité favorise en effet avec le froid et les écarts de régime l'apparition de l'intoxication gravidique.

La mesure de la tension artérielle doit suivre l'examen des urines : l'augmentation de la tension artérielle est, en effet, un indice précieux de la crise d'éclampsie ; c'est un symptôme d'alarme des plus sûrs et certains médecins avec le Dr Le Lorier

n'hésitent pas à pratiquer une saignée dès que la tension artérielle dépasse 15-16.

Ainsi grâce à une surveillance régulière et sévère nous arriverons à déceler chez les femmes enceintes l'intoxication gravidique. Aussitôt que l'albumine fait son apparition ou que la tension artérielle augmente il faut suivre la malade d'une façon très serrée. Tout d'abord, il importe de débarrasser l'intestin des toxines qu'il contient encore et qui sont peut-être dues à la constipation. Pour cela, laxatifs et purgatifs aidés ou non de lavages intestinaux doivent être employés et ce sera là l'occasion de lutter contre le préjugé qui est encore trop répandu dans le public qu'une femme enceinte ne doit pas se purger dans la crainte de voir interrompre sa grossesse. Il faut bien dire au contraire que la constipation est une cause d'avortement qu'un purgatif seul peut arrêter.

L'intestin étant nettoyé, l'on doit empêcher d'autres toxines d'y pénétrer et pour cela mettre la malade à un régime spécial. Si l'albumine est abondante, il ne faut pas hésiter à instituer le régime lacté ; s'il n'y en a que des traces, l'on peut être moins rigoriste et permettre un régime lacto-végétarien.

De cette façon nous éviterons ces complications graves et parfois dramatiques qui s'appellent : l'éclampsie, l'hémorragie retro-placentaire, l'hémorragie de la délivrance, l'apoplexie utéro-placentaire, l'expulsion prématurée, les rétinites.

Rappelons à propos des rétinites les deux observations si curieuses du Dr Morax.

La première a trait à une femme qui au cours d'une troisième grossesse se plaint de céphalée, de troubles visuels ; pas d'albumine dans les urines, les deux grossesses précédentes s'étaient passées normalement. L'examen de l'œil montra des lésions de choroïdo-rétinites ; un traitement mercuriel fut pratiqué, la guérison obtenue et l'accouchement eut lieu sans incident ; il s'agissait d'une syphilis en évolution ayant déterminé une choroïdo-rétinite.

La deuxième observation relate le cas suivant :

Une femme accusait au cours de sa grossesse des troubles de la vue, une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit. L'œil gauche étaient atteint de strabisme ancien, remontant à l'enfance et dû à une choroïdo-rétinite. La gestation se termina par la mort de l'enfant. Un examen pratiqué à ce moment décela aussi de la choroïdo-rétinite à droite ; le traitement hydrargirique rendit normale la vision de l'œil droit ; aucun changement à gauche. Les grossesses suivantes furent normales ; il s'agissait encore d'une choroïdo-rétinite syphilitique mais cette fois héréditaire.

Il faut donc savoir qu'à côté des rétinites albuminuriques d'un pronostic si sérieux que l'avortement est parfois nécessaire pour sauver la vie de la mère, il existe des rétinites syphilitiques ; dans les deux cas d'ailleurs l'examen du spécialiste s'impose.

L'examen des urines ne sera complet que si l'on a recherché, outre l'albumine, les autres éléments anormaux, en particulier le sucre et le pus.

On peut dire qu'il est peu de femmes enceintes qui, à un moment de leur grossesse, ne présentent

quelques traces de sucre. C'est presque la normalité. Mais parfois dans des cas tout à fait exceptionnels, on peut trouver de grosses quantités de sucre, 15, 20 et même 70 grammes de sucre. A ce degré la glucosurie est tout à fait pathologique : elle est grave surtout pour le fœtus ; il succombe souvent *in utero* et est expulsé prématurément mort et macéré. Si l'enfant naît vivant et à terme il demeure fragile pendant longtemps. Il importe donc de rechercher si l'urine de la femme enceinte contient du sucre, de façon à instituer un traitement et à prévenir l'entourage du danger couru par le fœtus.

La présence de pus dans les urines d'une femme enceinte est l'indice presque toujours d'une infection coli-bacillaire du rein et du bassinet. Cette pyélonéphrite peut passer inaperçue si l'on ne recherche pas systématiquement le pus dans les urines de toute femme enceinte. A côté, en effet, des formes classiques de pyélonéphrites, avec symptômes généraux graves, avec signes fonctionnels non douteux, existent des formes atypiques, bénignes, se caractérisant par la présence d'un peu de pus dans les urines, sans réactions générales, sans phénomènes, même du côté des voies urinaires, parfois simplement un peu de pollakiurie.

Ces infections descendantes, ces pyélonéphrites gravidiques s'observent fréquemment mais elles sont moins graves qu'elles ne paraissent.

Le repos absolu, les boissons abondantes, les antiseptiques urinaires amèneront le plus souvent la

guérison. Si l'infection a l'air de se prolonger, si on a l'impression qu'il se fait de la rétention purulente, l'on sera amené à pratiquer la distension de la vessie ou encore le cathétérisme de l'uretère et un lavage du bassinet.

Très rarement une nephrectomie sera nécessaire. Citons aussi comme traitement de la pyélonéphrite chronique la vaccinothérapie soit avec du stock-vaccin soit avec de l'auto-vaccin ; enfin à l'heure actuelle on expérimente une méthode des plus intéressantes : c'est l'utilisation du bactériophage de M. d'Hérelle.

Quoi qu'il en soit, il est un fait certain, c'est que tous ces cas d'intoxications gravidiques d'allures diverses et plus ou moins graves se voient peu dans les clientèles privées, où ils sont en général bénins parce que vite dépistés et jugulés : il devrait de même en être ainsi dans la clientèle d'hôpital mais encore faut-il que les femmes viennent consulter.

Nous arrivons maintenant aux difficultés pouvant survenir au cours de la parturition chez les femmes non suivies, difficultés tenant aux mauvaises présentations, à un bassin trop étroit, à un placenta trop bas inséré, à l'âge de la femme ou encore à une affection dont elle est atteinte.

Nous notons ainsi dans notre statistique douze sièges dont l'un avec procidence du cordon et mort de l'enfant. Loin de nous la prétention d'affirmer que la présentation du siège puisse être toujours corrigée ; nous savons que parfois elle est utile (bassin plat) que souvent elle se termine par un accouche-

ment normal ; mais nous savons aussi que l'enfant court de grands risques après la sortie du tronc si on n'intervient pas rapidement et dans les cas présents plusieurs des enfants sont nés étonnés et n'ont pu être ranimés qu'au bout de plusieurs minutes ; ils n'ont dû leur salut qu'aux soins reçus dans une maternité.

Il est donc indéniable qu'en dehors de certains cas bien limités, l'on a intérêt à voir l'enfant se présenter par la tête. Aussi si vers le septième mois l'on trouve un siège il faut s'inquiéter et essayer dès ce moment de le transformer en une présentation de la tête, car plus l'on attendra plus l'on aura des difficultés pour effectuer la manœuvre par versions externes. Celle-ci parfois facile sera parfois impossible malgré des tentatives répétées, même sous anesthésie ; il s'agira alors tantôt d'un siège décomplète mode des fesses tantôt d'un cordon court, que cette brièveté du cordon soit naturelle ou due à de nombreuses circulaires. Dans tous les cas l'on devra prendre ses dispositions pour assister à un accouchement dystocique. Si l'on a réussi la version, il faudra maintenir la tête en bas au moyen de deux rouleaux plus ou moins volumineux mis de chaque côté de l'utérus et maintenus en place par un bandage assez serré de façon à diminuer les dimensions transversales de l'utérus et empêcher ainsi un retournement du fœtus.

Ce qui est vrai des présentations du siège s'applique encore avec plus de rigueur aux présenta-

tions de l'épaule. Celles-ci doivent être transformées en présentations longitudinales dès qu'on s'aperçoit de leur existence. Depuis que ce traitement préventif est perfectionné, vulgarisé et appliqué, le nombre des embryotomies a diminué des deux tiers dans les maternités parisiennes ; cependant nous relevons dans notre statistique une embryotomie à la suite d'une présentation de l'épaule négligée.

Le bassin de la femme enceinte doit aussi être l'objet de toute l'attention du médecin ; le rétrécissement du bassin doit être dépisté et pour cela il faut examiner sérieusement le bassin dans sa configuration extérieure et dans ses dimensions intérieures.

Toute femme enceinte qui présente un bassin rétrécie doit être l'objet d'une surveillance particulièrement active surtout dans les derniers mois, soit que l'on décide d'attendre l'épreuve du travail soit que l'on veuille pratiquer la césarienne.

Depuis vingt-cinq ans, à la Clinique Baudeloque la mortalité des nouveau-nés, grâce à la mise en œuvre en temps opportun de cette opération, est tombée dans les cas de viciation pelvienne de 18 0/0 à 6 0/0 alors que la mortalité maternelle est tombée à 1,6 0/0. Dans nos trois cas de bassins rétrécis les femmes sont entrées au dortoir au moment des premières douleurs ; l'épreuve du travail à été tentée sans résultats puis l'opération césarienne faite sans incident.

En examinant le bassin l'on doit voir également

s'il n'existe pas à côté de l'utérus quelque tumeur, fibrome, kyste de l'ovaire susceptible d'être un obstacle à la progression du fœtus.

Nous avons observé tout dernièrement dans le service du Dr Devraigne le cas suivant : Une femme est admise chez une sage-femme de ville au moment des premières douleurs ; elle n'avait point consulté pendant sa grossesse. Cependant l'accouchement semblait devoir se passer normalement ; les douleurs étaient bonnes, régulières, le bassin ne paraissait présenter rien de particulier. Tout à coup la femme lâche un cri déchirant ; en même temps elle a des tendances à la lipothymie, le pouls devient rapide, petit. La sage-femme diagnostique une rupture utérine et la fait transporter d'urgence à l'hôpital Lariboisière; l'opération confirma la rupture utérine et décela un kyste de l'ovaire, du volume d'un poing. La femme mourut trois heures après l'intervention ; un diagnostic fait en temps opportun l'aurait sauvée elle et son enfant mais pour cela fallait-il qu'elle vînt se faire examiner.

Les placenta praevia sont de même d'un pronostic sombre ; d'un moment à l'autre une thérapeutique active peut s'imposer : rupture large des membranes, version par manœuvres mixtes, césarienne. Les hémorragies commanderont des injections de sérum, l'emploi de toni-cardiaques et différents autres procédés qui tous malheureusement n'empêcheront pas parfois la mort de l'enfant et de la mère. Cependant il n'est point douteux que la

femme surveillée à la maternité ou à domicile court moins de risques que celle qui ne consulte personne.

Citons enfin dans notre statistique douze forceps pratiqués la plupart chez des primipares âgées, deux chez des femmes atteintes d'insuffisance mitrale.

Au terme de cette brève étude nous pouvons affirmer il nous semble, la nécessité absolue pour toute femme enceinte d'être surveillée assidument et sévèrement pendant toute la durée de sa grossesse. Cette surveillance doit commencer, dès le début de la grossesse ; un examen précoce est indispensable et de la non-observation de ce précepte peut découler pour la femme des ennuis considérables. Car, s'il est vrai que normalement l'œuf se greffe dans l'utérus, il est non moins vrai qu'il peut rester dans la trompe, s'y greffer et donner naissance à une grossesse extra-utérine qu'il faut dépister afin d'éviter des catastrophes.

Cette surveillance doit être poursuivie pendant toute la durée de la grossesse et devenir de plus en plus active au fur et à mesure que le terme approche.

Il serait à souhaiter que les conclusions du Dr Devraigne au Congrès international de Protection maternelle et infantile tenu à Paris en 1922 et adoptées dans leurs grandes lignes par les membres du Congrès ne demeurent pas lettre morte.

« Toute femme demandant à bénéficier de la loi Paul Strauss devrait faire sa déclaration à la mairie dès qu'il y aurait probabilité de grossesse. La première consultation sera aussi précoce que possible et lui assurera l'obtention d'un carnet de maternité où seront consignés les examens mensuels et les prescriptions faites par le médecin où la sage-femme. »

Comme l'a indiqué le professeur Couvelaire le programme à réaliser dans les consultations prénatales devra être le suivant :

Dépister les maladies héréditaires, en particulier, la syphilis et les traiter.

Dépister la tuberculose et assurer la préservation du nouveau-né contre la contagion.

Reconnaître et traiter les états pathologiques qui peuvent troubler la gestation.

Reconnaître les causes de dystocie et prendre en temps opportun les mesures nécessaires pour y parer.

Reconnaître par avance et rectifier les mauvaises présentations.

Des techniques simples; le palper abdominal, le toucher vaginal, l'auscultation, l'examen des urines, la mesure de la tension artérielle, la réaction de Bordet-Wassermann, éventuellement la radioscopie et la radiographie permettent d'établir les diagnostics réellement utiles.

Le rôle des consultations prénatales serait incomplet s'il se bornait à être purement médical; à côté

de l'action médicale doit prendre place l'action sociale. Il ne suffit pas de donner dans ces consultations une consultation médicale individuelle. Il faut à son occasion, pénétrer dans la famille, y instituer une enquête. Cette double action est particulièrement nécessaire en ce qui concerne la lutte contre la syphilis et la protection du nouveau-né contre la tuberculose.

Il ne suffit pas de s'occuper dans les consultations de la santé de la mère pendant sa gestation et d'y prévoir les difficultés de la parturition. Il faut s'y occuper par avance de l'avenir de l'enfant, tout faire pour que le nouveau-né ne soit pas séparé de sa mère, pour qu'il ne soit pas privé du lait et des soins maternels auxquels il a droit. C'est dans les consultations prénatales qu'il faut commencer ou parfaire l'éducation des mères. C'est sur les murs des consultations prénatales qu'il faut inscrire les aphorismes de Théophile Roussel et du professeur Pinard :

« Tout ce qui éloigne l'enfant de sa mère le met en état de souffrance et en danger de mort. »

« Le lait de la mère appartient à son enfant. »

Pour cette action médico-sociale le médecin a besoin de la collaboration d'assistantes sociales. C'est ce qu'a réalisé le « service social à l'hôpital ».

Rôle médical, rôle social tels sont donc les deux rôles des consultations prénatales. Ajoutons un troisième : le rôle moral. Souvent le médecin pourra,

par un conseil, par une parole, redonner confiance à une femme devenue objet de réprobation et de mépris parce que future mère et alors il aura atteint son idéal : parfois guérir, toujours consoler.

## CONCLUSIONS

1° Toute femme enceinte doit être surveillée médicalement d'un bout à l'autre de sa gestation.

2° La première consultation devra être aussi précoce que possible (grossesse extra-utérine, retroversion de l'utérus gravide, etc.).

3° Le médecin doit s'efforcer de dépister surtout la syphilis et la tuberculose, les états pathologiques ou les causes de dystocie susceptibles de faire courir des risques à la mère et à l'enfant.

4° Les examens cliniques devront pouvoir s'appuyer sur les recherches de laboratoire.

5° Le médecin devra toujours être aidé d'une assistante sociale.

Vu, le Président de la thèse
COUVELAIRE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE

# BIBLIOGRAPHIE

*Couvelaire.* — Du rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile. Rapport présenté au VI[e] Congrès de la natalité. Strasbourg, septembre 1924.

*Devraigne.* — Rapport au Congrès international de protection maternelle et infantile, juillet 1922.

— Les Prématurés (Clinique Baudelocque, 1924).

*Lemierre.* — Infections colibacillaires au cours de la grossesse (Clinique Baudelocque, 1924).

*Morax.* — Rétinites au cours de la gestation (Clinique Baudelocque, 1924).

*Pinard* (*Adolphe*). — De la puériculture intra-utérine ou de la protection de l'enfant avant la naissance. Article original français (in Revue des Sciences médicales et biologiques. Paris, 1914).

*Pinard* (*Marcel*). — Traitement de la syphilis chez la femme en état de gestation, chez le nouveau-né et chez le nourrisson (Clinique Baudelocque, 1924).

*Powilévicz.* — Albuminuries de la gestation (Clinique Baudelocque, 1924).

6945 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 1-1926

# INTOXICATION SATURNINE
# PAR L'EAU D'ALIMENTATION
# A LA CAMPAGNE